



SEGURO DE ACCIDENTE ESTUDIANTIL

- Cobertura de tiempo de la escuela
 - Cobertura de 24 horas
 - Cobertura de fútbol
 - Dental de \$5,000
-

Esta es una política asequible, de exceso total, accidente para los estudiantes que sera para ayudar a compensar los crecientes costos médicos y deducibles necesarios por compañías de seguros bajo sus actuales planes de salud.

Adjunto hay un breve detalle de los planes disponibles y formulario de inscripción. Inscripción en línea está disponible a través de nuestro sitio web en www.studentinsuranceplans.com y la cobertura puede verificarse llamando al 469-579-4139. Un maestro de la política está disponible en el distrito escolar.

Escrito por:
Pan American Life
Insurance Company

Comercializado por:
Student Insurance Plans, LLC

PLANES DE ACCIDENTE

Descripción del Plan de Beneficios	Standard Plan	Elite Plan
Muerte	\$10,000	\$6,000
Desmembramiento	\$10,000	\$6,000
Parálisis	N/A	\$6,000
AME		
Beneficio Máximo	\$25,000	\$5,000
Deducible (por accidente)	\$0	\$100
BENEFICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Servicios hospitalarios varios /y pensión:	100% hasta \$2,500	100% hasta Beneficio Máximo
Médico Visita	\$50 por visita	100% hasta Beneficio Máximo
BENEFICIOS QUIRÚRGICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
Día Cirugía Misc: (<i>cargo de planta</i>)	100% hasta \$2,000	100% hasta Beneficio Máximo
Rayos x, Pruebas de Diagnóstico:	100% hasta \$300	100% hasta Beneficio Máximo
Visitas de Médico:	\$50 por visita	100% hasta Beneficio Máximo
Fisioterapia: por visita	\$50 por visita a \$500	100% hasta Beneficio Máximo
Sala de Emergencia del Hospital:	100% hasta \$300	100% hasta Beneficio Máximo
Médico de Urgencias:	\$75 por visita	100% hasta Beneficio Máximo
MRI/Cat Scan:	100% hasta \$800	100% hasta Beneficio Máximo
Lab:	100% hasta \$150	100% hasta Beneficio Máximo
Home Salud:	\$50 por visita a \$500	100% hasta Beneficio Máximo
PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y/O AMBULATORIOS		
Cirujano Cuotas:	100% hasta \$2,000 (limitado al procedimiento primario por cirugía)	100% hasta Beneficio Máximo
Anestesiista:	25% de los cirujano beneficio	100% hasta Beneficio Máximo
Cirujano Asistente:	25% de los cirujano beneficio	100% hasta Beneficio Máximo
Ambulancia:	100% hasta \$600	100% hasta Beneficio Máximo
Brackets y Aparatos Ortopédicos:	100% hasta \$500	100% hasta Beneficio Máximo
Anteojos, Lentes de Contacto, Audífonos:	100% hasta \$400	100% hasta Beneficio Máximo
Dental:	100% hasta \$5,000	100% hasta Beneficio Máximo
Recetas	100% hasta \$100	100% hasta Beneficio Máximo
Inyecciones:	100% hasta \$100	100% hasta Beneficio Máximo
MVA:	100% hasta \$5,000	100% hasta Beneficio Máximo
Felonious Assault y Crimen Violento Beneficio	N/A	10% de la Suma Principal (muerte, desmembramiento de parálisis)
Corazón o Falla Circulatoria Beneficio	N/A	\$5,000 (muerte, desmembramiento de parálisis)
Las Tarifas		
COBERTURA DE TIEMPO ESCOLAR		
Grados K-6	\$1.00 por año	\$1 0.00 por año
Grados 7-12	\$1.00 por año	\$50.00 por año
COBERTURA DE 24 HORAS (incluye Atletismo, excluyendo Fútbol de la Escuela Secundaria Varsity)		
Grados K-6	\$1 5.00 por año	\$66.00 por año
Grados 7-12	\$1.00 por año	\$11 0.00 por año
COBERTURA DE VARSITY FÚTBOL		
(Grados 10-12 y 7-9 Si practicar o juegan con los grados 10-12)	\$275	N/A

COBERTURAS DE ACCIDENTE



Cobertura es vigente durante los días y horas cuando la escuela está en sesión y mientras asistiendo eventos patrocinados y supervisados por la escuela en o fuera de las instalaciones de la escuela. Este plan no cubre las actividades de atletismo/UII en grados 7-12.



La cobertura está en vigor todo el día, 24 horas al día, incluyendo el verano, fines de semana y períodos de vacaciones. Protegidos en el hogar o mientras lejos – en cualquier momento, y en cualquier lugar. La cobertura de deportes UII protege a los estudiantes mientras que en la práctica o participando en actividades de UII y deportes que son patrocinadas y supervisadas por la escuela para los grados 7-12. Se excluye el Varsity balompié.



Cobertura está en vigor mientras los estudiantes participan en la práctica o juego de varsity futbol patrocinado y supervisado por la escuela, incluyendo viajes en transporte escolar. Esta cobertura es para los grados 10-12 y 7-9 Si practican o juegan con los grados 10-12. Tiempo escolar y cobertura de 24 horas se compra separada. **Sólo opción Plan estándar.**

CÓMO INSCRIBIR A SU HIJO

- Seleccione un Plan y tipo de cobertura de las opciones listadas. Complete la solicitud adjuntada y haga cheque a Student Insurance Plans. Por favor asegúrese de escribir el nombre de su hijo en su cheque.
- La inscripción también está disponible en línea en www.studentinsuranceplans.com
- Porfavor guarde una copia del folleto y pago como comprobante de seguro porque no recibirá una póliza o tarjeta de identificación. La política principal se emite para el distrito y puede obtenerse comunicándose con el administrador del distrito. Si desea una tarjeta de identificación para su hijo, puede imprimir una tarjeta de identificación en nuestro sitio web y rellenar la información de su hijo o puede contactarnos a nosotros en 469-579-4139.

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIONES

En caso de accidente, avise inmediatamente a la escuela. Obtenga un formulario de reclamación de su escuela o en línea en www.studentinsuranceplans.com y envíe a la dirección indicada en el formulario de reclamación. **Notificación de reclamación debe presentarse dentro de 90 días desde la fecha del accidente.**

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no cubre ninguna pérdida como resultado de:

1.) suicidio o intento de suicidio; intencionalmente, lesiones infligidas a sí mismo; 2.) guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no; servicio activo en el; militar; naval o aérea de cualquier país u organización internacional; participación en un motín o insurrección; 3.) enfermedad, enfermedad; enfermedad corporal o mental; infección viral o bacteriana; o tratamiento médico o quirúrgico, excepto para cualquier infección bacteriana resultante de cualquier corte externo accidental o herida; 4.) Comisión de o intento de cometer: un delito; un asalto; u otra actividad ilegal; estar bajo la influencia de drogas o bebidas alcohólicas, a menos que tomen en el Consejo de un médico; Vuelo 5.) internos; o encendida en un avión o cualquier nave diseñada para volar sobre la superficie terrestre, excepto como: un pasajero de pagar tarifas comerciales regulares o línea aérea de charter, un pasajero en un avión privado, no regulares utilizado para fines de placer con ninguna intención comercial durante el vuelo; 6.) viaje en o sobre; entrar o bajar del vehículo o cualquier vehículo motorizado de carretera no requieren de licencias como un vehículo de motor; encendido-apagado un accidente si la persona cubierta es el operador de un vehículo de motor y no posee una licencia válida del vehículo de motor; participación en cualquier actividad o peligro no cubierto por la póliza; 7.) A cardiovascular un mal funcionamiento o accidente cerebrovascular provocado únicamente y exclusivamente por el esfuerzo, según lo verificado por un médico, mientras que la persona cubierta participa en una actividad cubierta; agravación de una lesión la sufriste de persona cubierta antes de participar en esa actividad cubierto, a menos que recibamos un escrito comunicado médico de médico de la persona cubierta. Casa de tratamiento 8.) por cualquier miembro de su familia inmediata o miembros de la persona cubierta. 9.) tratamiento de la hernia; Enfermedad de Osgood-Schlatter; Osteocondritis; apendicitis; osteomielitis, enfermedad cardíaca o condiciones, fracturas patológicas, debilidad congénita; separado retina menos que sea causado por una lesión o trastorno mental o atención psicológica o psiquiátrica o tratamiento; o no causados por un accidente cubierto. Embarazo 10.); parto; aborto espontáneo; aborto; o complicaciones del parto; aborto espontáneo; aborto; Cirugía estética 11.), excepto la cirugía reconstructiva es necesaria como resultado de una lesión; Cualquier tratamiento electivo, cirugía, tratamiento de salud o examen; tratamiento de las lesiones que resultan en un período de tiempo; atención de rutina o exámenes físicos; curas de reposo o atención de custodia; 12.) enfermedades de transmisión sexual o trastornos de inmunodeficiencia y enfermedades relacionadas; 13.) gastos médicos cubiertos para que la persona cubierta sería no se responsabiliza de la ausencia de la póliza; 14.) daño o pérdida de dentaduras o puentes; o daños al equipo ortodoncia existente (excepto como específicamente cubiertos por la póliza).

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Nombre del distrito escolar: _____	El nombre de escuela: _____
Apellido de estudiante: _____	Primer nombre de estudiante: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
ID de estudiante: _____	Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
Nombre de los padres: _____	Correo electrónico de los padres: _____

PLANES: (las fechas de cobertura aparecen dentro de la póliza principal y se basan en el calendario del distrito escolar)

COBERTURA DE TIEMPO ESCOLAR:	<u>Standard Plan</u>	<u>Elite Plan</u>
Grados K-6	<input type="checkbox"/> \$35.00	<input type="checkbox"/> \$50.00
Grados 7-12	<input type="checkbox"/> \$35.00	<input type="checkbox"/> \$50.00
COBERTURA DE 24 HORAS:		
Grados K-6	<input type="checkbox"/> \$75.00	<input type="checkbox"/> \$100.00
Grados 7-12	<input type="checkbox"/> \$125.00	<input type="checkbox"/> \$150.00
COBERTURA DE VARSITY FÚTBOL:		
Grados 10-12 y 7-9 Si practicar o juegan con los grados 10-12	<input type="checkbox"/> \$275.00	N/A

CANTIDAD INCLUIDA: _____ (escribir el cheque para Student Insurance Plans) inscripción en línea disponible a través de Visa o Mastercard en www.studentinsuranceplans.com

POR CORREO A: Student Insurance Plans, PO BOX 1447, Frisco, Texas 75034